Nr. 1 (og. zb. 21) Warszawa, październik 1936 r. Tom VI.

Gastrologia Polska

ORGAN POLSKIEGO TOWARZYSTWA GASTROLOGICZNEGO POŚWIĘCONY CIERPIENIOM PRZEWODU POKARMOWEGO I PRZEMIANY MATERII.

Redakcja: Marszałkowska 73, tel. 8.15-12, od 10 do 11.
Administracja: Marszałkowska 71, Drukarnia „SIŁA", tel. 8.34-48.
Roczna przedpłata za 1 tom (4 zeszyty) **zł. 8.**
Konto czekowe P. K. O. Nr. 17-285.

WARSZAWA

1936.

Nr. 1. (og. zb. 21) **Warszawa, październik 1936 r.** **Tom VI**

Gastrologia Polska

Wydawca: **Dr. med. I. Grundzach** Redaktor: **Dr. med. B. Wejnert.**

REDAKCJA GASTROLOGII POLSKIEJ

wita

IV WSZECHPOLSKI ZJAZD

do walki z nowotworami

i życzy owocnej pracy.

Ze szpitala Przemienienia Pańskiego w Warszawie.

Przypadek kamienia włosianego („trichobezoar") w żołądku.

Podały

Dr I. OSTROWSKA
Asyst. II Oddz. Wewn.
(Ord.: Dr G. Pokorny).

Dr E. PIĘTNIKÓWNA
Asyst. Prac. Rentg.
(Kier.: Dr Z. Stankiewicz).

Bezoary są to wolne ciała obce, tworzące się przez czas dłuższy w żołądku lub jelitach i rozpoznawane jako osobliwość przeważnie na stole operacyjnym lub sekcyjnym.

Sam wyraz jest pochodzenia perskiego (badzahar) i oznacza twory, znajdowane w żołądku i jelitach kóz perskich, antylop i lam. Zazwyczaj składają się one z nadfosforanów wapiennych, nawarstwiających się wokoło jakiejś substancji niestrawnej.

W patologii ludzkiej mianem tym określamy twory, składające się z włosów *(trichobezoar)*, z włókien roślinnych *(phytobezoar)* lub mieszane *(trichophytobezoar)*.

Trichobezoary — twory kuliste ze skłębionych włosów — spotykamy u młodych nerwowych dziewcząt, mających nałóg połykania własnych włosów. Spotykamy je również u pracownic wytwórni różnych wyrobów z włosów lub szczeciny. U dzieci powstają niekiedy bezoary z połkniętych włókien bawełny.

W klinice mamy do czynienia z kamieniami włosianymi niezmiernie rzadko. W piśmiennictwie również skąpe tylko znajdujemy o nich wzmianki. Nieco więcej przypadków podają autorzy amerykańscy (Lester i Smith — ponad 50). Fakt ten znajduje wytłumaczenie, że powstają one po spożyciu większej ilości „persimonu" — owocu, rosnącego w Meksyku i Stanach Zjednoczonych. Mogą powstawać również po spożyciu szellaku i gumy (Smith).

W dostępnym nam piśmiennictwie lekarskim polskim nie znaleźliśmy żadnego przypadku bezoaru. Skłania to nas do niniejszej publikacji.

Chora lat 24, robotnica, mężatka, przyjęta na oddział wewnętrzny dnia 9.XI.1935 pod numerem dziennika 3676, ze skargami na zjawiające się od 6 tygodni częste bóle w prawym podżebrzu, wymioty i nudności. Bóle są jednostajne, niezależne od jedzenia i promieniują do prawej łopatki i do krzyża. Z przebytych chorób podaje płonicę, odrę i dur brzuszny.

S t a n o b e c n y. Wzrost niski, budowa słaba, wychudzenie: waga 31 kg. Skóra i błony śluzowe blade. Ciepłota prawidłowa. Narządy klatki piersiowej bez zmian patologicznych. Brzuch nieznacznie wysklepiony, powłoki wiotkie z wyjątkiem okolicy prawego podżebrza, gdzie stwierdza się napięcie powłok oraz żywą bolesność. Układ nerwowy bez zmian. Badanie ginekologiczne: przewlekłe obustronne zapalenie przydatków. Mocz zmian nie wykazuje. — Badanie morfologiczne krwi: ciałka czerwone 4.500.000, hemoglobina 75%, wskaźnik barwny 0,83, ciałka białe 8.400, w tym kwasoodpornych 1%, obojętnochłonnych 75%, limfocytów 22%, jednojądrzastych 5%. — Zawartość żołądka: na czczo A—20, wolny HCl—ślad; w godzinę po próbnym śniadaniu E.—B. A—55, wolny HCl—35. Pod drobnowidem w pierwszej porcji — śluz, nieliczne ciałka Jaworskiego, obraz drugiej porcji normalny. — Zgłębnikowaniem dwunastnicy żółci B nie otrzymano. Cholecystografia ujawniła niedostateczne opróżnienie się pęcherzyka żółciowego.

Zarówno w pierwszym, jak i we wszystkich następnych badaniach stwierdzono w linii środkowej nadbrzusza obecność ruchomego guza. Najłatwiej wyczuwało się go w położeniu leżącym na boku prawym. W położeniu na wznak guz znikał pod lewym łukiem żebrowym. W półobrocie w prawo guz zjawiał się pod prawym łukiem żebrowym. Nad guzem stwierdzono wypuk bębenkowy.

Fakty stwierdzone dały się ująć w sposób następujący:

1) Cechy morfologiczne. Guz okrągło-podłużny, gładki, elastyczno twardy, wielkością i kształtem przypominający nerkę.

2) Położenie guza w nadbrzuszu. Nad guzem wypuk bębenkowy. Nasuwały się trzy możliwości: guz poza żołądkiem, guz w tylnej ścianie żołądka lub w samym świetle żołądka. O ostatniej możliwości nie myśleliśmy konkretnie ze względu na rzadkość sprawy, druga możliwość wydała się nam mało prawdopodobną wobec bardzo znacznej ruchomości guza. Najbardziej prawdopodobnem było umiejscowienie guza poza żołądkiem.

3) Ruchomość guza. W położeniu na wznak guz znikał pod lewym łukiem żebrowym i zjawiał się pod prawym łukiem, gdy chora wykonywała obrót w prawo. Ruchomość guza była bardzo znaczna.

Wyślizgiwał się on z pod obmacującej ręki tak, że dla zademonstrowania trzeba było go przytrzymać wciśniętymi w nadbrzusze po obu stronach rękoma. Przy odjęciu jednej ręki już znikał, bez żadnej zależności od oddechu.

Stwierdzając podobną ruchomość guza, przypuszczaliśmy, że mamy do czynienia z guzem, wiszącym na długiej szypule, umocowanym wysoko po lewej stronie nadbrzusza. Zważywszy jego kształt, położenie za żołądkiem i rodzaj ruchomości, myśleliśmy przedewszystkiem o ruchomej nerce. Fakt jednak, że tak silna ruchomość lewej nerki byłaby zjawiskiem niezwykłym przy jednocześnie stwierdzonej małej ruchomości drugiej nerki, skłaniał do dalszych poszukiwań w celu oznaczenia położenia guza i co za tem idzie, przypuszczalnej natury jego.

B a d a n i e r a d i o l o g i c z n e. Już pierwszy łyk posiłku kontrastującego wykazuje obecność w żołądku guza, o równych ostrych granicach. Kontrast rozdziela się na górnym biegunie guza na dwie cienkie smugi, oblepiające jego ścianki i łączące się poniżej, obrysowując w ten sposób owalny cień w żołądku wielkości mniej więcej nerki. Cień ten odpowiada przy dotyku wyczuwalnemu guzowi, zmienia swe położenie w zależności od ułożenia pacjentki i łatwo daje się przesuwać. Raz ustawia się podłużnie w żołądku, to znów poprzecznie na jego dnie. Na ucisk jest niebolesny. Po całkowitym wypełnieniu żołądka w obrębie jego cienia zaznaczają się liczne skupione na niewielkiej przestrzeni ubytki cieniowe, zachodzące wzajemnie na siebie. W miarę opróżniania się żołądka guz występuje znów wyraźnie.

Zdjęcie bez kontrastu wykazuje obecność w prawym podżebrzu owalnego guza z otoczką o intensywniejszym nasyceniu cieniowym, imitującego swem położeniem, kształtami i wielkością nerkę.

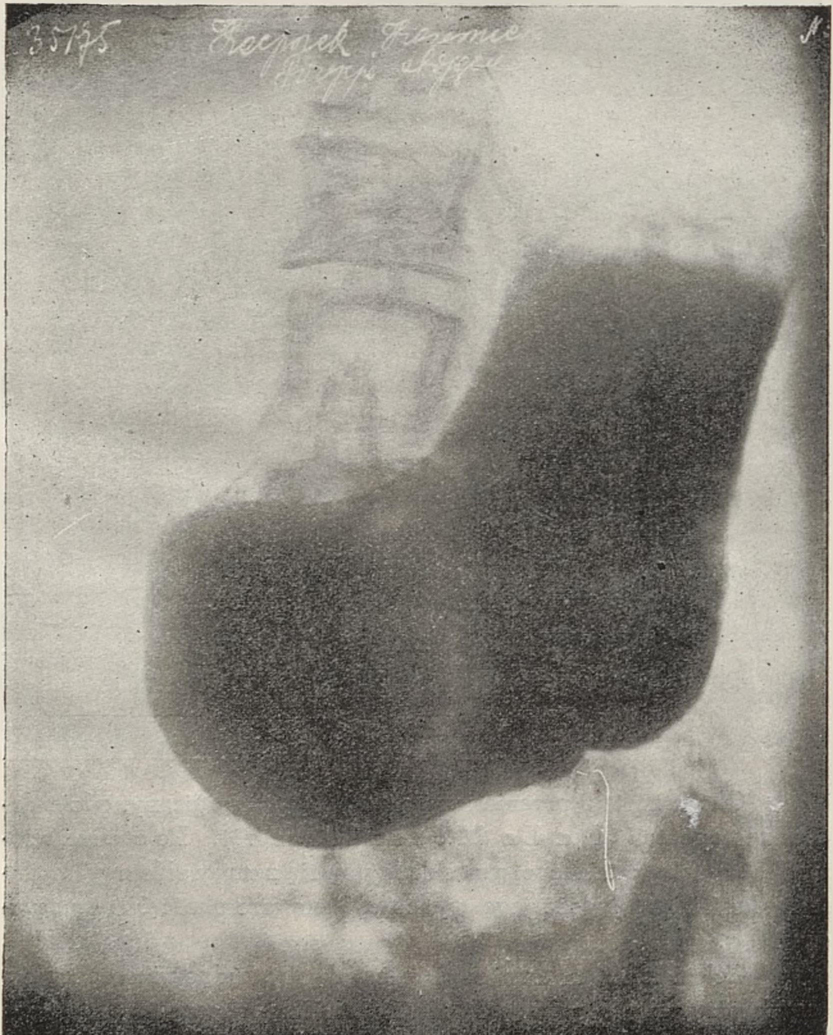
Dla uzupełnienia badania wykonano pyelografię dożylną. Cienie nerek wystąpiły wyraźnie, są prawidłowe. Miedniczki i kielichy zarysowały się prawidłowo. Poprzez dolny biegun lewej nerki przebiega półkoliste pasmo cieniowe, odpowiadające krawędzi guza.

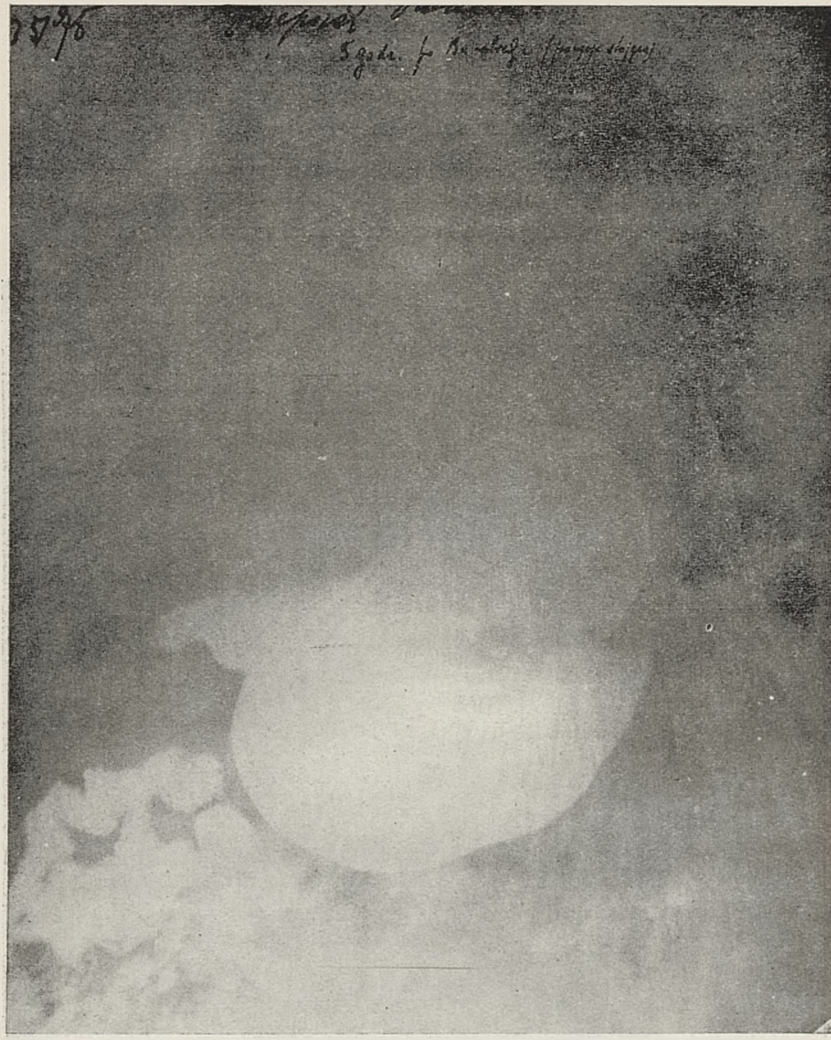
Na zasadzie powyższych badań rozpoznano guz wewnątrzżołądkowy, owalny, o gładkich zarysach i bardzo znacznej ruchomości.

Zarówno cechy morfologiczne guza, jak i dane kliniczne (przyrost na wadze 10 kg w ciągu dwóch miesięcy) skłaniały do wyłą-

czenia guza złośliwego. Natomiast liczyć się należało z uszypułowanym polipem lub innym guzem dobrotliwym (fibroma, schwannoma), chociaż w tym względzie nasuwały się duże wątpliwości z racji bardzo znacznej ruchomości guza.

Gdy wreszcie bardzo ścisły wywiad ujawnił, że pacjentka miała w dzieciństwie przyzwyczajenie połykania swych włosów, rozpoznanie kamienia włosianego narzuciło się kategorycznie.





Chora została przeniesiona na oddział chirurgiczny, gdzie dokonano operacji (Doc. Dr M o s s a k o w s k i). Po otwarciu żołądka wydobyto trichobezoar, składający się z masy sklejonych włosów ludzkich. Długość jego wynosiła 9 cm, szerokość 3½ cm, waga 50 g.

Celem zilustrowania nasuwających się trudności rozpoznawczych przytoczymy przypadki z piśmiennictwa obcego.

O h a r a usunął na drodze operacyjnej kamień włosiany u 22-letniej pacjentki, operowanej z rozpoznaniem, wahającym się pomiędzy torbielą sieci brzusznej i nerką ruchomą. Podaje on z piśmiennictwa 16 przypadków.

S c h o p f operował 12-letnią dziewczynkę z powodu guza śledziony, natomiast znalazł guz ze skłębionych włosów jasnych dziewczynki i czarnych włosów psa pacjenki. Guz sięgał do dwunastnicy.

K a e p p e l i n usunął u 15-letniej dziewczynki bezoar o wadze 700 g. Rozpoznanie wahało się pomiędzy torbielą trzustki i guzem zapalnym sieci.

R a n z i operował 20-letnią pacjentkę i usunął trichobezoar, ważący 550 g. W wywiadzie ustalono ostrą niedrożność jelit, która ustąpiła po wysokich lawatywach. W stolcach znaleziono wówczas włosy i nitki wełniane.

J u n g h a n s rozpoznał guz sieci, a usunął z żołądka twór 998 g, składający się z włosów i szczeciny. Pacjentka pracowała w wytwórni szczotek i pendzli.

H ü t t e n b a c h omawia przypadek kamienia włosianego u 18-letniej dziewczyny.

S p a r t z operował przypadek niedrożności jelit, wywołanej trichobezoarem.

P r a s s z kliniki Läwena usunął u 8-letniej dziewczynki trichobezoar, zajmujący żołądek i dwunastnicę. Rozpoznawano gruźlicze zapalenie otrzewnej.

Analiza wyszczególnionych przypadków wykazuje, że najczęstszymi objawami były bóle w nadbrzuszu i lewym podżebrzu, utrata łaknienia, wymioty, biegunki naprzemian z zaparciami. Nierzadko ma się do czynienia z wymiotami krwawymi i krwawymi stolcami, co tłumaczą autorowie owrzodzeniami pod wpływem mechanicznego ucisku ze strony kamienia włosianego. Nieraz występują ogólne ciężkie zaburzenia (M é t i v e t, T r u c h o t, P a n n e l e, L o c k h a r d).

Zakres trudności rozpoznawczych, jak widać, ma rozpiętość dużą: guzy śledziony, żołądka, sieci brzusznej, niedrożność jelit, gruźlica otrzewnej, torbiel trzustki i t. p. W wielu przypadkach badanie radiologiczne powinno było naprowadzić na właściwe rozpoznanie.

W opisanym przez nas przypadku badanie radiologiczne żołądka miało rolę decydującą, a zabieg operacyjny potwierdził rozpoznanie kliniczne.

PIŚMIENNICTWO.

I. B. M. Parmelee M. D. K. H. Lockt1ast M. D.: Trichobezoar (Radiography and clinical Photography, June 1935). — II. Metivet et Truchot: Un cas de tumeur libre dans l'estomac. (Bulletins et mémoires de la Société de radiologie Nr. 204, 1933). — III. Luster A. Smith M. D.: Haamatemesis from phytobezoar (The American Journal of Surgery Decembre 1933). — IV. John D. Camp M. D.: Phytobezoar in the stomac (American Journal of roengenology. Volume XXIII, 1930). — V. Prass: Ein Fall Trichobezoar des Magens. Medizinische Klinik 1930 Nr. 36. — VI. Mourad: Ein Trichobezoar in Magen 3¾ Jahre alten Mädchen entfernt durch Gastrostomie. Z Chirurgie 1929. S. 266. — VII. H. Spartz: Ein Trichobezoar bei 19 jährigen Mädchen. Berliner klinische Wochenschrift 1921 Nr. 14. — VIII. Neugebauer: Ein neuer Fall von Trichobezoar M. kl. 1916. S. 311. — IX. F. Huttenbach—München: Ein Fall von Trichobezoar des Magens bei Infantilismus. 1911 (Mitteil a. d. Grenzgeb d. Med. Chir. Bd. 24 H. 1). — X. Junghans: Trichobezoar des Magens. 37. Chirurgenkongres 1908. S. 207. — XI. H. Ranzi—Wien: Berliner klinische Wochenschrift 1904 Nr. 39. — XII. Schlesinger: Demonstration eines Trichobezoar. Wiener med. Wochenschrift 1899. S. 119. — XIII. Schopf: Ein Fall von Trichobezoar bei 12 jährigen Mädchen. Wiener klinische Wochenschrift. S. 46. 1900, Jahr. — XIV. Kaeppelin: Ein Fall von Trichobezoar des Magens. Wien. klin. Wochenschrift. 1902. —

Errare humanum est.

O pewnych błędach rozpoznawczych i leczniczych w schorzeniach narządów klatki piersiowej i jamy brzusznej.*)

Podał
Dr Ignacy GRUNDZACH (Warszawa).

Szanowni Koledzy. W ciągu pięćdziesięciolecia zawodu lekarskiego musiało się nieraz zdarzyć, że popełniałem błędy w rozpoznaniu, lub też dostrzegałem błędy, popełnione przez innych lekarzy. To mnie skłoniło do wypowiedzenia słów kilku. Przed laty badałem raz młodego człowieka, który leczył się u mnie poprzednio na schorzenie jelitowo-wątrobowe. Był to przewlekły nieżyt okrężnicy z obostrzeniami, do którego przyłączyło się następnie, jak to bywa, zapalenie pęcherzyka i powiększenie bolesnej wątroby. W chwili badania chory nie skarżył się na bóle kl. piersiowej, gorączkował, a uwaga moja była skierowana na wątrobę i pęcherzyk. Było to lewostronne zapalenie opłucnej z wysiękiem dość zaawansowanym, rozpoznane, niestety, dopiero nazajutrz przez zaproszonego kolegę na odbytej wspólnie naradzie. Przypadek ten po szeregu tygodni zakończył się pomyślnie, ale błąd utkwił w moim umyśle głęboko, zawstydził. ale i pouczył, aby nie polegać na pozorach i domysłach, ale zawsze badać chorego dokładnie.

Prof. N o t h n a g e l raz zapytał studenta, kiedy nie rozpozna zapalenia opłucnej, a gdy student nie odpowiedział, odrzekł: „Kiedy się nie zbada klatki piersiowej",

Muszę jednakże podać, że nietylko zwykłym śmiertelnikom, ale i słynnym profesorom zdarzają się omyłki. Tenże profesor

*) Odczyt wygłoszony w Tow. Gastr. dn. 21.X.1936.

Nothnagel wezwany przez nieżyjącego już mego przyjaciela Dr Wł. Dobrzyńskiego do chorego z Warszawy na naradę, nie rozpoznał malarii, o której wiedział Dr D. Dopiero na naradzie poprosił Dr D., aby profesor zbadał śledzionę. Po zbadaniu, Nothnagel odrzekł: „Ma pan rację, to jest malaria". — Nie chcę siebie usprawiedliwiać bynajmniej, ale przytaczam to jako dowód pomyłki rozpoznawczej, wskutek niedokładnego i pospiesznego badania. Prof. N. był tem bardzo zdetonowany — wszak był to wspaniały klinicysta i uczony lekarz.

Zapewne i inne liczne błędy popełniałem, ale o nich wiedzą inni koledzy, którzy po mnie chorych badali, lub są to ofiary, które już świadczyć nie mogą...

Możnaby tu mówić o zespołach chorobowych, czyli o schorzeniach, w których jeden narząd występuje na plan pierwszy, pomimo, że związany jest ze schorzeniem innych narządów. Rozpoznajemy np. cierpienie żołądka, a chory cierpi na jelita, wątrobę lub nerwy. Wiemy, że to zespół bardzo częsty (pisał o nim Saad — Le Monde Medical) i zwrócenie uwagi na jedno z tych ogniw z pominięciem innych może nas łatwo wprowadzić w błąd co do wniosków rozpoznawczych i leczniczych. W tych przypadkach początkowo cierpi żołądek lub jelita, później przyłącza się schorzenie wątroby naskutek niedomogi w zwalczaniu jadów, wytwarzanych w jelitach, lub powstaje zakażenie pęcherzyka ż., a nagromadzenie jadów we krwi zatruwa narząd mózgowo-nerwowy.

Znamy i inne zespoły lub sploty schorzeniowe. Dekstropatią nazywają Francuzi zespół wyrostkowo-pęcherzykowo-dwunastniczy, o którym u nas pisali W. Róbin i Reicher, gdzie zwykłe pierwotne cierpienie wyrostka sprawia, że zakażenie posuwa się drogami chłonnemi, otacza gruczołami dwunastnicę, mogąc spowodować zwężenia, zrosty i wrzody dwunastnicy, wreszcie cierpienie pęcherzyka (zastój żółci, zapalenie p. i kamicę). Są i inne, t. zw. *Sympathèses* narządów jamy brzusznej.

Zespoły to częste, błędy również, ale nie o nie właściwie mi chodzi.

Chciałbym zwrócić uwagę na niektóre schorzenia tak dobrze zamaskowane, że omyłki tu często popełniane bywają przez bardzo nawet doświadczonych lekarzy.

Podaję tu kilka przypadków. dobrze tę sprawę oświetlających.

I. Chory, 50-letni p. S-k, wezwał mnie z powodu bólu w okolicy serca. Poprzedniego dnia doświadczony klinicysta - neurolog rozpoznał dusznicę bolesną i zastosował środki, które nie pomogły. Badając chorego, stwierdziłem tony serca prawidłowe, rozmiary prawidłowe, stwardnienia tętnic nie było, chory nigdy na serce nie chorował. Ból zaczął się w nocy, przy ruchach go nie było, jak również promieniowania do mostka, barku lub lewego ramienia. Kiły chory nigdy nie przechodził, młodo się ożenił, miał dzieci zdrowe, a żona nigdy nie roniła. — Badanie płuc i opłucnej nic nieprawidłowego nie wykrywa. Natomiast badanie wątroby i pęcherzyka ż. daje wyniki wybitne. Wątroba powiększona od góry i od dołu na dwa palce pod łukiem żebrowym na przedniej linii pachowej, pęcherzyk duży i bolesny, wątroba przy macaniu również bolesna. Temperatura 38^0. Sprawa była jasna: napad kamicy pęcherzyka z promieniowaniem na okolicę serca, gdzie się ból umiejscowił. Chory ten długo potem cierpiał na napady kamicowe, wreszcie poddał się operacji usunięcia kamieni i po latach zmarł na raka pęcherzyka żółciowego.

II. Chory p. W-ski, lat 35, wezwał mnie z powodu „ataku sercowego". Zastałem pacjenta, skarżącego się na silne bóle w okolicy serca. Osobnik dość tęgi, jada i pija nieumiarkowanie. Badanie serca nie wykazuje żadnych wybitnych zmian, ani co do rozmiarów, ani co do czynności: częstości tętna, miarowości jego i wypełnienia. (Ciśnienia nie badałem). Badanie jamy brzusznej: jelita obolałe, wątroba powiększona, od dołu macalna i bolesna. Okolica pęcherzyka nawet bardzo bolesna. Temperatura 39, poprzedziły ją dreszcze. Rozpoznanie: „cholecystitis" bardzo chorego nie zadowoliło, gdyż stanowczo utrzymywał, że choruje na serce. Zaleciłem właściwe leczenie i chorego pożegnałem dość oschle. Po kilku tygodniach uważał on za właściwe przeprosić mnie, że zaprzeczył memu rozpoznaniu, gdyż choroba miała dość długi i przykry przebieg, który przekonał pacjenta o jego błędzie. Wiem, że skarg chorego należy zawsze cierpliwie wysłuchać, często daje to pożyteczne wskazówki, ale bynajmniej nie należy pozwalać, aby chory nas sugerował.

III. Chory p. S-ski, lat 56, dobrze mi znany i bliski mój krewny, cierpiał dość długo na żołądek, jelita i wątrobę, był ostatnio osłabiony, wychudzony i zdenerwowany. Jego lekarz domowy, klinicysta i lekarz szpitalny, zresztą doświadczony praktyk, całą kura-

cję skierował na leczenie wątroby, uważając, ze objawy sercowe, na które chory się skarżył, a były to bóle dusznicowe, zależą od schorzenia wątroby i pęcherzyka i promieniowania bólu na okolicę serca, jakkolwiek chory uporczywie twierdził, że cierpi na serce. W ciągu ostatnich dwóch lat miał chory parę napadów dusznicy bolesnej, co zachwiało rozpoznanie poprzednie. Wysłany przez tegoż kolegę do miejscowości górskiej zagranicę, chory dostał tam śmiertelnego napadu dusznicy bolesnej.

Widzimy z tych paru przykładów, jak mogą się maskować nawzajem schorzenia jamy piersiowej i brzusznej.

Niewątpliwie popełnialiśmy błędy wówczas, gdy chory uskarżał się jedynie na epigastralgię („żołądek"), a staranne badanie kliniczne i rentgenologiczne żadnych zmian nie wykrywało w żołądku, wątrobie i pęcherzyku; bólu na ucisk splotu słonecznego nie było, za to istniał tak charakterystyczny objaw, jak powstawanie bólu podczas zmęczenia, wchodzenia na schody, pod górę lub po zbyt obfitym posiłku, a badanie przedmiotowe wykrywało zmiany w tętnicach, tętno słabe lub przerywane, zwiększone ciśnienie; nieraz ex juvantibus et nocentibus przekonywamy się o właściwem schorzeniu. Chorzy ci bez leczenia dietetycznego, pod wpływem jodu, diuretiny i t. p. środków, żyją bez bólów nieraz długie lata.

Wspominałem już o pęcherzyku ż. Już przed wielu laty wraz z ś. p. R e i c h m a n e m spostrzegaliśmy liczne przypadki kamicy, w której jedynym objawem przez długie lata były bóle gastralgiczne, które później zmieniały się na typowe napady kamicowe. Może istnieć kamica nerkowa, zapalenie miedniczek nerkowych, lub kamień w moczowodzie, które, jak wiemy, mogą dawać objawy bólu w dołku. Tu badanie moczu i objaw Goldflama, nieraz rentgenografia lub pyelografia może nam sprawę wyjaśnić. Nie mam zamiaru wyczerpać przedmiotu, który jest obszerny i wielostronny. — Wspomnę jeszcze o wyrostku robaczkowym i jego zrostach, które mogą wywoływać bóle dołka i w ten sposób w błąd wprowadzać lekarza, gdyż chory skarży się często na bóle dołka, nie wspominając o bólu w prawym dole brzucha; dopiero badanie pozwala na właściwe rozpoznanie; bóle te, po diatermiach lub po operacji znikają, a stan chorego poprawia się wybitnie.

Pomijam schorzenia trzustki, bardzo nieraz trudne do rozpoznania, owrzodzenia dwunastnicy — łatwiejsze przy pomocy prze-

świetlenia i t. p., aby jeszcze wspomnieć o przepuklinie dołkowej, nieraz trudnej do zauważenia, jeżeli nie przeprowadzimy palca wskazującego wzdłuż linii środkowej od mostka do pępka, lekko tylko naciskając skórę. Drobna przepuklina, zwykle jest to część sieci większej, przez rozstąpienie się włókien ścięgnistych ściany brzusznej wciska się pod skórę, przyrasta, powodując nieraz b. silne bóle, które bezskutecznie zaprowadziły raz chorego do Karlsbadu, po wyczerpaniu wszelkich środków narkotycznych. Drobna operacja bóle te usuwa.

Do błędów z powodu zamaskowanych schorzeń jamy brzusznej i jamy piersiowej zaliczyć także można: a) bóle w okolicy wyrostka robaczkowego w zapaleniu płuc, szczególnie u dzieci, i b) aerofagię, o której chorzy nie wiedzą, skarżąc się na ucisk i tłoczenie w jamie piersiowej w okolicy serca i wskazując na serce, jako na źródło bólu. Musimy tu być b. ostrożni, gdyż czasem ci „łykacze powietrza" istotnie cierpią na serce, a cierpiący na dusznicę bolesną miewają bóle na szczycie trawienia, jak o tym już wspomniałem, gdyż wzmagająca się praca mięśniówki żołądka nie rozporządza większym przypływem krwi z powodu stwardnienia tętnic, co daje objawy t. zw. *„claudicatio ventriculi"*.

Gdyby chcieć wyliczyć wszystkie możliwe tu omyłki rozpoznawcze, nie możnaby tak prędko skończyć tego krótkiego szkicu. Nie mówiłem np. o zapaleniu błony brzusznej, o schorzeniach jajników i jajowodów, ciąży pozamacicznej, martwicy trzustki, zakrzepie tętnicy krezkowej, przedziurawieniach dwunastnicy czy wyr. robaczkowego, niedrożnościach jelit różnego pochodzenia, paraliżu jelit lub ich kurczach na pewnej przestrzeni, *gastroenteroplegii* pooperacyjnej lub traumatycznej, uwięźnięciach jelit, skrętach, wgłobieniach i t. p. wielu innych sprawach chorobowych, których wyliczać tu nie podobna, gdyż jest to wielki dział diagnostyki, patologii i terapii.

Chciałbym jeszcze, mówiąc o błędach, wspomnieć o pewnym zdarzeniu z czasów, gdy byłem jeszcze b. młodym asystentem ś. p. D-ra R e i c h m a n a. Szef wezwał mnie na naradę do pewnego mego pacjenta (co mnie nie mało zdziwiło). Z mojego polecenia chory ten *(oesophagitis exfoliativa)*, który wydalił kilkakrotnie błony rurkowate, jakby odlewy przełyku, zalecony sobie azotan srebra (0,2 na 200) pił kieliszkami 2 razy dziennie. Ponieważ doznawał

ulgi, straciłem go z oczu, choć miał się zgłosić po 2-ch tygodniach, wybrawszy dwie dozy. Wezwany Dr R. znalazł wybitną srebrzycę, szare zabarwienie skóry i rąbek na dziąsłach i pokazał mi to w formie lekkiego zarzutu. Błąd mój polegał chyba jedynie na tym, że chorego nie uprzedziłem o szkodliwości dłuższego zażywania lapisu, nie mogąc przewidzieć, że chory mnie nie posłucha. Wyjaśnienie to w dużej mierze usprawiedliwiło mnie w oczach szefa. Chory ten wypił 4 do 5 gramów azotanu srebra.

Przytoczyłem tu jedynie kilka przykładów z własnego doświadczenia, prosząc o zacytowanie błędów, popełnionych przeze mnie lub innych kolegów. Nazwisk można przecież nie przytaczać.

Natura ludzka jest omylna. Jeżeli uczciwie spełniliśmy swój obowiązek względem chorego, badając go dokładnie w miarę posiadanej wiedzy i korzystając z badań laboratoryjnych, jeśli są one dostępne w danym czasie i miejscu, sumienie nasze nic nam wyrzucić nie może. W razach wątpliwych uciekniemy się zawsze do rady doświadczonego kolegi, bez fałszywej ambicji, zarozumiałości i próżności.

Nic tak nie poucza w życiu, jak cudze stwierdzone błędy, a jeszcze bardziej — własne.

Szanowni Koledzy. Jeżeli sprawę klinicznie tylko zlekka poruszyłem, to dlatego, że celem moim było właściwie nasze doskonalenie się w zawodzie lekarskim. Sama wiedza, a więc książki, gazety, archiwa, rozprawy, nie wystarczają. Zapewne, że oddziały szpitalne i kliniki wiele tu znaczą. Nie wszyscy jednak lekarze są w tym szczęśliwym położeniu, że mogą z nich korzystać. Jednym ze środków naszego doskonalenia się mogłoby właśnie stanowić porozumiewanie się z kolegami, leczącymi po nas pacjentów pozaszpitalnych. Trudności pewne przedstawiają chorzy: ambulatoryjni i obłożni. Ale przy dobrej woli dałaby się sprawa załatwić. Są one natury a) ekonomicznej, gdyż w ostatnich czasach niełatwo jest pierwej leczącego prosić na naradę dość kosztowną (przy porozumieniu się koszt narady może być przecież minimalny); b) osobistej; później wezwany mógłby listownie lub telefonicznie powiadomić lekarza o stanie chorego, lub o innym rozpoznaniu. Zwyczaj wzywania tego lekarza i powierzanie mu dalszej kuracji uległ już przedawnieniu i należy do epoki niemal mamutowej.

W licznych przypadkach chorobowych współpraca dała nam zobopólne zadowolenie. Mam tu na myśli szczególnie rentgenologów, ginekologów i chirurgów, ale również i internistów. Porozumiewanie się to uważałbym za jeden z cennych środków naszego doskonalenia się zawodowego dla dobra własnego i ogólnego.

Bolesław P r u s (Al. Głowacki), pisarz o wielkim sercu i niepospolitym umyśle, dowodzi, że ani szczęścia ani doskonałości na świecie nie ma, ale jest dążenie do doskonałości. Wszędzie jest ono widoczne poprzez omyłki i krwawe nieraz błędy. Tak się dzieje w nauce, społeczeństwie, w moralności, polityce narodowej i międzynarodowej, sztuce i literaturze.

Przyroda daje nam wspaniały przykład ciągłego doskonalenia się swoich tworów. A najlepszym przykładem, jak słusznie twierdzi mało jeszcze znany polski filozof D. Z g l i ń s k i, jest arcytwór tejże przyrody — mózg człowieka współczesnego, stale przez liczne milionlecia doskonalony.

Mózgowi temu z jego czynnościami wegetatywnymi, myślowo-twórczymi i uczuciowymi zawdzięczamy wszystko, co stworzyła cywilizacja. Ale i mózg człowieka nie jest krańcem doskonałości i rozwijać się będzie, póki istnieć będzie życie na kuli ziemskiej.

Z Zakładu Płukań Jelitowych w Warszawie.

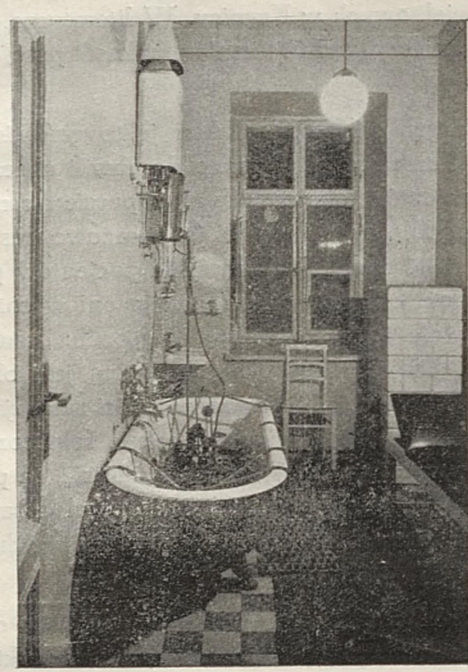
Płukanie jelita grubego zapomocą specjalnej aparatury, jako metoda lecznicza i rozpoznawcza.

Podał
Dr Roman EJZENBERG.

Płukania jelita grubego stosowano oddawna, posiłkując się w tym celu prostym urządzeniem, złożonym z rurki gumowej i lejka (B o a s), bądź mniej lub więcej prymitywnymi jego modyfikacjami (Z w e i g). Wynalezienie przez wiedeńskiego lekarza, doc. B r o s c h a, specjalnego aparatu do płukań jelit pozwoliło na szerokie rozpowszechnienie tego zabiegu i opracowanie strony teoretycznej zagadnienia.

Przyrząd B r o s c h a jest mało skomplikowany. Pacjent zostaje umieszczony w wannie napełnionej ciepłą wodą. Ze zbiornika, umieszczonego na wysokości ok. 1,5 m, wypływa przez rurkę gumową płyn przepłukujący; płyn ten stanowić może roztwór izotoniczny, np. fizjologiczny soli, lub też skład jego dostosowuje się do konkretnych wskazań terapeutycznych. Temperatura płynu wynosi od 37° do 44° C., zależnie od przypadku, ciśnienie płynącego strumienia jest zapomocą specjalnych regulatorów dowolnie kierowane. Rurka gumowa, odchodząca ze zbiornika, zaopatrzona jest w szklaną gruszkę M a r t i n a (podobnie, jak w aparacie kroplówkowym), umożliwiającą naoczną kontrolę natężenia i szybkości strumienia, i wentyl zwrotny, wyłączający możliwość cofania się cieczy do zbiornika. Rurka ta kończy się kanką, umocowaną na siodełku, szczelnie obejmującym odbyt i przylegającym do niego pod ciśnieniem ciężaru ciała. Kał wydostaje się przez szeroką rurę odpływową do ścieków, można go obserwować przez znajdujące się w tej rurze okienko szklane. W aparacie B r o s c h a istnieje urządzenie wysysające automatycznie zawartość jelita, co jest ważne przy znacznej jego hipotonii. Aparat umocowany jest w wannie zapomocą taśm gumowych w sposób wyłączający wszelkie obsuwanie się, lub wypadanie poszczególnych jego części, nawet przy ruchach pacjenta, który

ma możność dość swobodnego obierania najdogodniejszej dlań np. przy parciu pozycji. B r o s c h znalazł naśladowców, którzy m. in. skonstruowali aparat do płukań jelita, nie wymagający przebywania w wannie (system suchy, np. B o r o s i n i e g o), przez to nieco tańszy i wygodniejszy w użyciu. Stwierdzić należy, że wpływ ciepłej kąpieli jest jednak bardzo istotny, przyczynia się bowiem do rozluźnienia napiętych powłok brzusznych i skurczonego zwieracza odbytu, do zmniejszenia, na skutek działania ciśnienia hydrostatycznego, ciężaru złogów kałowych, zalegających w jelicie. Ciężarki, termofory etc., jakie się kładzie na brzuch pacjenta w syste-



Urządzenie do płukania jelit w/g metody Broscha.

mie B o r o s i n i e g o, działania tego zastąpić nie mogą. Izolacja płynu płuczącego i wypieranego kału od wody w wannie jest absolutna, niema o tym mowy, żeby, przy prawidłowo wykonywanym zabiegu, wydostawało się coś z aparatu i zanieczyszczało wodę w wannie. Zarzutu zwolenników metody B o r o s i n i e g o, że kąpiel jest szkodliwa, wywołuje przeziębienie, zbytni wzrost ciśnienia krwi etc., poważnie brać nie należy, pacjenta z niewydolnym krążeniem wogóle się nie kieruje do płukań jelit, przy należytej zaś obsłudze o przeziębieniu nie może być mowy. Istnieją przypadki, w których ciepła woda kąpielowa jest zasadniczym współczynnikiem dzia-

łania leczniczego (kamica nerkowa, częściowo zaparcie skurczowe), tak samo jak w sączących dermatozach lepszym będzie, oczywiście, system suchy.

O roli leczniczej płukań jelitowych w zaparciach wspominają Cytronberg w „Chorobach narządów trawienia" i Tuchendler w wykładzie „Leczenie zaparcia nawykowego", wygłoszonym na Kursie Wakacyjnym w Ciechocinku w 1933 r., oraz Dering w artykule „Płukanie jelit, jako metoda lecznicza" („Medycyna" Nr. 1 rok 35), gdzie referuje interesujące wyniki stosowania płukań jelitowych w Krynicy. W literaturze obcej, zwłaszcza niemieckiej i amerykańskiej, istnieje kilkaset prac, poświęconych temu zagadnieniu.

W specjalnym zakładzie płukań jelitowych, istniejącym od marca r. b. w Warszawie, wykonano do chwili obecnej około 600 płukań u 184 pacjentów, cierpiących na zaparcie stolca, z tej liczby 69 pacjentów poddało się zabiegowi jednorazowo, reszta kilkakrotnie, przeciętnie 3—4 razy. Samopoczucie pacjentów po pierwszym zabiegu jest naogół bardzo dobre, doznają oni wyraźnego uczucia ulgi, niejednokrotnie wyrażają się w ten sposób: „czuję się raźniej, młodziej" i t. p. Dla psychiki chorego ważną jest okoliczność, że może się naocznie przekonać, jak wielkie ilości zalegającego kału go opuszczają, niepoślednie ma także znaczenie fakt coraz żywszego, energiczniejszego wypierania płynu. Zdarzało się, że pacjent, niereagujący podczas pierwszego zabiegu, reagował coraz lepiej przy następnych i świadomość tego stanowiła czynnik psychoterapeutyczny dużej wagi.

W liczbie 184 pacjentów było 34, t. j. ok. 18% o typie zaparcia kątniczo-wstępniczego (Stierlina), z charakterystycznymi wzdęciami i kłuciami w prawym dole biodrowym. W tej kategorii uwydatniało się działanie symptomatyczne, już nieraz po pierwszym zabiegu ginęły bóle i zawroty głowy, pogorszenie się łaknienia, język obłożony i t. d. Grupa chorych najliczniejsza, bo licząca 85 przypadków, zaparcia typu prostniczo-esicowego z charakterystycznymi skargami na ciężar i pełność w obrębie miednicy małej oraz stałe parcie na stolec, z zaleganiem kału w prostnicy, stwierdzonym badaniem ręcznym, dała największe efekty lecznicze. Wyraźne cechy zaparcia skurczowego wykazało 14 chorych, co stanowi około 8%.

Poprawa, objawiająca się wystąpieniem regularnych, pełnych stolców, nastąpiła ogółem w 88 przypadkach, t. j. 76%, 32 pacjentów wykazuje poprawę, trwającą do chwili obecnej (od kwietnia i maja 1936). Rzecz oczywista, że pacjenci uprzedzeni są o znaczeniu odpowiedniego trybu życia i diety. Kilkakrotnie poczyniono obserwację, że po kilku płukaniach środki czyszczące działają z większą intensywnością i skutecznością.

Skład płynu płuczącego jest następujący: w zaparciu wiotkim:

NaCl	—	120,0
KCl	—	20,0
$CaCl_2$	—	20,0
$MgCl_2$	—	20,0

Odwar rumianku 200,0 na 25 litr. wody ogrzanej do 37°—39°.

Niekiedy dodaje się Tra strychni — 1 gr.

W zaparciu skurczowym:

NaCl	—	80,0
KCl	—	20,0
$CaCl_2$	—	40,0
$MgCl_2$	—	30,0

Tra belladonnae lub hyoscyami 2,0 na 25 litrów wody ogrzanej do 43—45°C.

Niekiedy po płukaniu wlewka 30—50 cm³ ol. paraff.

Przy pierwszym zabiegu daje się 5—8 litr., powiększając tę ilość stopniowo o 3—5 litr. za każdym razem, dochodzi się w ten sposób do 20—25 litr.

Umiejętna technika dokonywania zabiegu wymaga dokładnej znajomości fizjologii prawidłowej i patologicznej jelit, stąd wniosek, że zabieg, zwłaszcza pierwszy, winien być wykonywany przez lekarza, a nie przez personel pomocniczy.

Mechanizm działania leczniczego płukań w zaparciu jest wielostronny, polega na potężnym działaniu psychicznym, dokładnej ewakuacji jelita i oczyszczeniu śluzówki, wpływie wysokiej lub niskiej temperatury i leków wprowadzanych z płynem płuczącym, wreszcie ćwiczeniu mięśniówki jelita przez powtarzającą się czynność wypierającą.

W dalszym ciągu zatrzymać się należy nad rolą płukań jelit w leczeniu biegunek przewlekłych zarówno na tle fermentacji wę-

glowodanowej, jak i jelitowego gnicia białka. Płukaniami za pomocą silnie rozcieńczonego odwaru rumianku i borówek z dodatkiem calcium carbonicum w stężeniu 1% (w ferment. węglowod.) otrzymano korzystne wyniki we wszystkich traktowanych przypadkach (14), co zaznaczało się unormowaniem stolców, ustąpieniem parcia na stolec, wzdęcia brzucha etc.

W przypadkach znacznej bębnicy (30), kierowanych przez rentgenologów przed pyelo- wzgl. cholecystografią, jedno lub dwa płukania dużymi ilościami płynu (do 25 l.) z węglem aktywowanym, usuwało bębnicę, w 4 przypadkach gazy nie znikły lub, co prawdopodobniejsze, ukazały się na nowo. Dwa przypadki owsików *(oxyuris vermicularis)* traktowano płukaniami z dodatkiem nalewki czosnkowej i płynu B o u r o w a (lecz nie razem, a w oddzielnych porcjach płynu). W obserwowanym dotychczas przypadku owsiki od czerwca 1936 dotąd się nie ukazują, pacjentki, dziewczęta w wieku lat 8 i 13, znosiły zabiegi znakomicie. Z obszernej dziedziny nieżytów jelitowych stosowano płukania w 18 przypadkach *colitis catarrhalis chronica,* do płynu dodawano sól morszyńską, wodę wapienną i t. d., w kilku przypadkach dodatni efekt dały po każdym płukaniu wlewki bizmutu i skrobi (łyżeczka *bismuthum carbonicum* i łyżeczka krochmalu na ¾ szklanki wody).

W dnie działanie płukań jelitowych jest o tyle pożyteczne, że wywołują one zwiększone wydzielanie kwasu moczowego (K m i e - t o w i c z i S a b a t o w s k i).

Korzystne działanie w otyłości tłumaczy się zwiększeniem diurezy (ca ½ l. p. die) i uregulowaniem stolców. W kamicy nerkowej, a zwłaszcza moczowodowej, płukania jelit dużymi ilościami hipotonicznego płynu w ciepłej kąpieli niejednokrotnie wywołują zejście kamienia. W/g P a y r a, L i c h t e n b e r g a v. E i s e l s b e r g a nie należy operować kamicy nerkowej przed wykonaniem serii płukań jelit (8—10).

Wyniki, osiągnięte w tej dziedzinie przez Zakład warszawski są, zgodnie z powyższym, wybitnie dodatnie, kombinowano tu serię płukań z podawaniem podskórnym i domięśniowym preparatów atropiny i papaweryny oraz kuracją pitną. Zejście kamienia spostrzegano w 14 przypadkach. Jeżeli objawy kamicy wywołane są przez piasek, pomagają niekiedy już 2—3, a nawet jeden zabieg.

Doc. Urbach z Kliniki Dermatologicznej Kerla w Wiedniu stosuje, korzystając z płukań jelitowych, „*enteroterapię*" chorób skórnych, jak czyraczności, dermatoz jelitowopochodnych, pokrzywek, trądzika twarzowego, *lichen ruber planus* i *urticatus, psoriasis. purpura rheumatica;* dodaje on do płynu węgiel, siarkę, ichtiol, salicyl, kollargol i t. d. O zniknięciu trapiącej pokrzywki doniosła pacjentka warszawska po 3 zabiegach, trądzik twarzowy traktowano z dobrym skutkiem płukaniami z dodatkiem ichtiolu. Wreszcie należy wspomnieć o dobroczynnym wpływie płukań jelit w szeregu cierpień kobiecych silniej lub słabiej związanych z zaparciem: tyłozgięciu macicy, przewlekłych sprawach w przydatkach, zaburzeniach miesiączkowania (Gänssle, Dering).

Uzupełnić omówienie roli płukań jelitowych w diagnostyce można zaznaczeniem ich pożyteczności przed rektoskopią i dla dokładnej palpacji brzucha, wynikającej z możliwości dokładnego usunięcia tą drogą złogów kałowych, z tego też względu są one pożądane przed laparatomiami.

Godnym wreszcie uwagi jest pogląd prof. E. Freunda, oparty na badaniach doświadczalnych nad rakami szczepionymi myszom, o roli należytej dezynfekcji jelita grubego w profilaktyce raka.

PIŚMIENNICTWO.

Cytronberg: Choroby narządu trawienia. — Sabatowski: Klimatoterapia oraz hydropatia. — Tuchendler: Leczenie zaparcia nawykowego. — Dering: Płukanie jelit jako metoda lecznicza. („Medycyna" zesz. I 1935). — Zweig: Magen- und Darmkrankheiten. — Junghaus: Über 5.000 Spülungen mit dem subaqualen Darmbad. — Rowell: Colonic therapy. Archiv of Ph. Therapy 1929 T. 10. — Gacchlinger: Lavages de 30 litres et constipation. J. de médecine de Paris 1,55. — King C. S.: Newer technic of colon therapy. Archiv. of Ph. Th. 1935 T. 16. — Kuttner u. Scherh: Zur Behandlung der chronischen Diarrhöen. Fort. d. Th. 1930 T. 6. — Würthle H. G.: Die physikalische Behandlung der Stuhlverstopfung. Fort. d. Med. 1935 T. 53.

Posiedzenia Pol. Tow. Gastrologicznego.

Posiedzenie naukowe
dnia 21.X.1936 r.

Obecnych 58. Przewodniczący Br. Wejnert wita kolegów po wakacjach.

Pokazy:

1. Br. Wejnert i B. Kryński przedstawiają przypadek zwężenia dolnej części dwunastnicy, spowodowanego zrostami na tle owrzodzenia przedodźwiernikowego.

W dyskusji Knappe podaje, iż obserwował zwężenie dwunastnicy, spowodowane przez nowotwór, wychodzący z trzustki. Chora cierpiała na obfite wymioty pokarmowe, a badanie rentgenowskie wykazało wielkie rozszerzenie XII-cy (na kliszy ujawniły sie dwie duże „miski" papki: jedna od żołądka, druga od dwunastnicy). Operacja zespolenia żołądka z jelitem usunęła wymioty. Chora zmarła wskutek nowotworu jamy brzusznej.

Złotkin zwraca uwagę na rozmaite zespoły kliniczne w zwężeniu powyżej i poniżej brodawki. Takie rozróżnianie dwóch zespołów objawów ma również znaczenie praktyczne przy zabiegu operacyjnym, gdyż w przypadkach zwężenia poniżej brodawki Vatera zespala się jelito z dwunastnicą, a nie z żołądkiem.

2. J. Grundzach wygłosił odczyt p. t.: „O pewnych błędach rozpoznawczych i leczniczych w schorzeniach narządów klatki piersiowej i jamy brzusznej" (ogłoszony drukiem w „Gastrologii Polskiej").

Br. Wejnert stwierdza, że jakkolwiek większość błędów pochodzi z niezupełnie dokładnego badania, jednakże są przypadki, w których błąd zostaje popełniony mimo badania wszechstronnego (przytacza przykład). Dużo błędów popełnia się na skutek zaniechania badania kału.

Zdaniem R ó b i n a , przypominanie błędów rozpoznawczych jest pożądane i celowe. Podaje 2 takie przypadki, operowane wczoraj. U jednego chorego rozpoznano zapal. wyrostka robaczkowego, a znaleziono pęknięcie żołądka. U drugiego — stwierdzono ropień w wyrostku robaczkowym pomimo braku wszelkich objawów tego cierpienia.

Głos zabierał jeszcze R e z n i k o w .

3. E j z e n b e r g wygłosił odczyt o wynikach stosowania głębokich płukań jelitowych (ogłoszony drukiem w „Gastrologii Polskiej").

R ó b i n : Istnieją 2 metody postępowania: wodna i sucha. Sam stosuje z kolegą R e i c h e r t e m od 2-ch lat metodę wodną syst. B r o s c h a . Wydaje się, że wskazania i przeciwwskazania nie są jeszcze dokładnie sprecyzowane. Metoda ta wymaga ostrożności i indywidualizacji. W zaparciu, otyłości lub dnie samo płukanie jelit nie może choroby uleczyć. Ale niewątpliwie w połączeniu z innymi lekami będzie oddawać duże usługi. Szczególnie korzystnie działa w kamicy nerkowej.

D a t y n e r nie neguje stosowania metody płukania głębokiego jelit z pomyślnym wynikiem w schorzeniach przewodu pokarmowego, uważa jednak, że stosowanie tej metody *„larga manu"* w przypadkach kamicy dróg moczowych jest czasami przeciwwskazane, gdyż może na drodze mechanicznej wywołać podrażnienie w drogach moczowych i atak kamicy bez pożądanego efektu, t. j. bez przesunięcia się złogu, co miał możność obserwować. Natomiast w stanach zapalnych miedniczek nerkowych na tle kamicy metoda płukania jelit może dać dobre wyniki, lecz musi być ostrożnie stosowana.

F e j g i n , korzystając z okazji omawiania tej nowej i interesującej metody leczniczej, którą poruszył prelegent raczej od strony czysto praktycznej, zastanawia się nad mechanizmem działania tego zabiegu na ustrój ludzki. F. sądzi, że odgrywają tu rolę czynniki natury mechanicznej, odruchowej i fizyko-chemicznej. To też np. skład płynu i jego ciśnienie osmotyczne odgrywać tu musi wielką rolę ze względu na możliwość wymiany dyfuzyjnej z krwią poprzez błonę śluzową prostnicy. Wprowadzenie dwutlenku węgla do wody mogłoby mieć wielkie znaczenie dla zwalczenia niedomogi ruchowej jelita grubego. Zrozumienie tego mechanizmu, a także ścisłe okre-

ślenie przeciwwskazań ułatwiłoby orientację co do zakresu stosowania tych zabiegów, co do których, jak wynika z przebiegu dyskusji, istnieje jeszcze znaczna różnica zdań.

L u b e l s k i omawia niektóre przeciwwskazania do głębokich przepłukiwań jelit. Przede wszystkim należy mieć pewność, że chorzy z częściową niedrożnością nie mają nowotworu złośliwego w jelitach grubych; nieoględne płukanie dużymi ilościami płynu może wywołać przedziurawienie. Poza tym w zaparciach, spowodowanych organicznymi zmianami zapalnymi na tle *pericolitis,* które widzimy w niektórych wrodzonych schorzeniach grubych jelit w postaci zrostów, w t. zw. chorobie P a y r a — płyn nie przemywa całego grubego jelita, dochodzi tylko do miejsca zrostu i nie spełnia swego zadania. We wszystkich tych przypadkach należy przed zaleceniem przemywania wykonać zdjęcie rentgenowskie.

W dyskusji zabierali jeszcze głos: C z a r k o w s k i, R e z n i k o w, S c h l a g e r i D o b r y s z y c k i.

D o b r y s z y c k i: Prelegent stosował głębokie płukania jelit metodą B r o s c h a w przewlekłych schorzeniach jelit, którym towarzyszyły bóle brzucha i objawy spastyczne kiszki grubej, przy czym wprowadzał w tych razach 5—6 litrów płynu i więcej. Dobre wyniki kolegi tłumaczę sobie oględnym i osobistym wykonywaniem tych zabiegów. Francuzi w przypadkach podobnych są b. ostrożni. Płukania jelit zabraniają tu zupełnie lub stosują b. małe lawatywy pod słabym ciśnieniem. Spostrzeżenia rentgenologów przekonywają, że już małe ilości zawartości kontrastowej, wpuszczone do odbytnicy pod słabym ciśnieniem, docierają po pewnym czasie do *coecum* głównie pod wpływem ruchów antyperystaltycznych. Lekarze w uzdrowiskach francuskich (C h a t e l - G u y o n, P l o m b i è r e i t. d.) stosują w przypadkach, o których mowa była wyżej, przyśpieszone kroplówki odbytnicze z mniej więcej 1 litra wody mineralnej i twierdzą, że w ten sposób osiąga się prawdziwą kąpiel kiszkową. Uzdrowiska te zarzuciły zupełnie metodę *douche ascendante,* w której chory zajmuje położenie siedzące. Obecnie została ona zastąpiona przez *douche horizontale,* a płyn wprowadzany jest do odbytnicy pod ciśnieniem, nie przewyższającym 20—30 cm wody. Nasze uzdrowiska powinny naśladować proste i mało kosztowne, a jakże skuteczne w przypadkach odpowiednich urządzenia francuskich uzdrowisk kąpielowych. Tylko w rzadkich przypadkach

(np. *megacolon*) zachodzi potrzeba wprowadzania do odbytnicy większych ilości płynu. Do tego celu można się posiłkować prostym aparatem Lockwooda: rurka szklana w kształcie litery T. Ramię środkowe połączone jest z zgłębnikiem odbytniczym, jedno ramię boczne — ze zbiornikiem płynu, drugie boczne — z rurą ściekową. Proste te metody dają b. korzystne wyniki.

Sekcja Gastrologiczna Łódzkiego Tow. Lekarskiego.

Posiedzenie
w dniu 11.II.1936.

Przewodniczący: kol. Marzyński.

1. Kol. Marzyński: Zanim przystąpimy do porządku dziennego, zwracam się do Was z prośbą o uczczenie przez powstanie pamięci Zmarłego Członka naszej Sekcji Doktora Bronisława Handelsmana. Kol. Handelsman był pierwszym, który w Łodzi wyodrębnił gastrologię jako specjalność, w praktyce stosował i w teorii na terenie Tow. Lekarskiego i w piśmiennictwie pogłębił. O działalności Doktora Bronisława Handelsmana politycznej, oświatowej i społecznej, w szkolnictwie, higienie zawodowej i t. d. wiecie Państwo skądinąd. Tutaj szczególnie raz jeszcze podkreślić należy niezwykłe walory charakteru Doktora Bronisława Handelsmana. Był to człowiek nieskazitelny, prawy, skromny, nie wymagający. Dla szczytnych ideałów biło w Nim serce szlachetne. Cześć Jego Pamięci!

2. Kol. Mandelsowa demonstruje przyp. owrzodzenia 12-cy u 14-to letniego chłopca (krew w kale, nisza), w którym podkreśla z objawów: wybitną nadkwaśność soku żołądkowego, poliglobulię i wystąpienie cierpienia w b. młodym wieku. Z punktu widzenia patogenetycznego ref. kładzie nacisk na dodatni objaw Chwostelka, co w wieku pacjenta, łącznie z pewnymi cechami twarzy, dowodzi utajonej tężyczki. Chłopiec wykazuje również ejdetyzm B, właściwy konstytucjom przytarczycznym. Wszystko łącznie przemawia za dysfunkcją przytarczyc, prowadzącą do powstawania owrzodzeń żołądka lub 12-cy — teorią dowodzoną i bronioną przez Lévy we Francji. Ref. powołuje się na identyczny przyp., omawiany przed rokiem przez kol. Turynową w Łódzkim T-wie Pediatrycznym.

3. Kol. Krzyński. Przyp. *diverticulum ventriculi.* Demonstruje przypadek, dotyczący chorego lat 40-tu, dozorcy, który cierpi od roku na bóle w okolicy żołądka, w godzinę lub półtorej po jedzeniu. Przez cały ten czas przebywał na diecie ze zmienną poprawą. Pod koniec sierpnia ub. r. zgłosił się do lekarza, który dokonał prześwietlenia przewodu pokarmowego i stwierdził wrzód żołądka. Leczony nie zauważył poprawy, przeciwnie, bóle nasilały się i trwały do jednej godziny. Stolce były zaparte, nudności i wymioty nie występowały, mocz oddawał prawidłowo. 25-go paźdz. ub. r. dostał krwawych wymiotów; jak podaje, zauważył skrzepy ciemnobrunatnej krwi. Nazajutrz podczas silnego ataku bólów w okolicy żołądka wezwał pogotowie, a lekarz skierował go do Szpitala w Radogoszczu. Stan ogólny chorego niezły; budowa asteniczna, odżywienie podupadłe, skóra blada, podściółka tłuszczowa miernie rozwinięta, powłoki brzuszne lekko zapadłe, nieco napięte, bolesność uciskowa w okolicy żołądka. Laboratoryjnie stwierdzono silnie zwiększony indykan w moczu oraz krew utajoną w kale. W ciągu pierwszych dni pobytu w szpitalu chory zrazu uskarżał się na piekące bóle w okolicy żołądka, a w kilka dni po tym na bóle głodowe, promieniujące do lewego podżebrza. Po trzytygodniowej kuracji dietetycznej dokonano prześwietlenia przewodu pokarmowego z następującym wynikiem: przy wypełnianiu się żołądka, uwydatniony na krzywiźnie małej, części zstępującej, duży uchyłek wielkości śliwki z wąską szypułą, fałdy śluzówki nieco zgrubiałe. Dwunastnica zniekształcona. Rozpoznanie: *Ulcus duodeni, diverticulum ventriculi curvaturae minoris* (Dr Stupel). W trzydzieści godzin po spożyciu papki żołądek próżny, jelita grube wypełniły się poza zagięcie śledzionowe, zmian nie wykazują. — Chory został wypisany ze szpitala w stanie znacznej poprawy, przybrał na wadze, bóle ustąpiły. W tydzień po wypisaniu zostało dokonane powtórne prześwietlenie przewodu pokarmowego, potwierdzające rozpoznanie szpitalne (Dr Keilson). Przypadek jest demonstrowany ze względu na rzadkość spotykanych uchyłków żołądka.

Obserwowanie uchyłków żołądka datuje się od niedawna, dzięki postępom w dziedzinie rentgenologii. Zauważono bowiem, że od podstawowej pracy Ackerlunda w 1923 r. znachodzą się one coraz częściej, gdyż pod względem klinicznym nie dają żadnych im właściwych symptomów. Uchyłki żołądka są zawsze wykrywane

przypadkowo, a więc na stole operacyjnym, sekcyjnym lub podczas prześwietlania, dokonywanego na skutek niedomagań żołądkowych różnego rodzaju, chociaż same mogą nieraz powodować dolegliwości, przypominające wrzód żołądka i dwunastnicy (Bell, Golden). Opisywane są przypadki, w których uchyłki dawały objawy przewlekłych stanów zapalnych, woreczka żółciowego, wyrostka robaczkowego lub banalne objawy niedomagań żołądkowych jak: palenie, wymioty, ociężałość, choć z reguły rozpoznawane są za życia w schorzeniach żołądka, prowadzących do badania rentgenologicznego. Poddaje się wątpliwości możliwość powikłań ze strony uchyłka, chociaż raz stwierdzono *diverticulitis* (Gutzeit i Kuhlmann), natomiast częściej spotykane są komplikacje nowotworowe.

Zastanawiano się, czy spotykane schorzenia łącznie z uchyłkiem nie są następstwem uchyłka, ale udowodniono, że po zabiegu chirurgicznym, usuwającym towarzyszące schorzenie, a więc po appendektomii, cholecystektomii, uchyłek nie dawał żadnych dolegliwości (Lawson i Golden).

Jonas, Cain i Guthmann natomiast opisywali przypadki, w których dolegliwości nie mogły być tłumaczone żadną przyczyną, leżącą poza uchyłkiem. — Pomijając te uchyłki, które pozostały na tle zmian organicznych, a więc te, którym towarzyszą odpowiednie zmiany w ścianie żołądka (owrzodzenia, nowotwory), oraz pomijając uchyłki spowodowane schorzeniami w narządach sąsiadujących z żołądkiem, istnieje szereg teorii, tłumaczących patogenezę uchyłków, a mianowicie:

1) Teoria wyjaśniająca powstawanie uchyłków przeżyciem filogenetycznym.

2) Teoria przypisująca powstawanie uchyłków małowartościowości tkanek, i

3) Teoria mechaniczna, doszukująca się czynnika dynamicznego w patogenezie tych zmian.

Pragnę nadmienić, że dość często na obrazie rentgenologicznym możemy się spotkać ze zmianami, przypominającymi uchyłki żołądka, gdy w istocie mamy do czynienia z nieprawidłowościami w sąsiedztwie, a zatem należy pamiętać w diagnozie różnicowej o przepuklinach przeponowych żołądka, o uchyłkach przełyku, o rozszerzeniach wypuklonych wpustu żołądkowego, o wrzodach

(Nisza Haudecka) i, wreszcie, bardzo często wypełnione papką jelito może się również nałożyć na cień żołądka, dając obraz uchyłka. Wszystkie te ewentualne możliwości nakazują nam wykonywać zdjęcia rentgenologiczne w różnych pozycjach ciała, a zwłaszcza w pozycji stojącej skośnej, natomiast podczas prześwietlania obracać chorego, ponieważ dość często, jak zresztą i w naszym przypadku, zdarzają się przeoczenia.

Leczeniu uchyłki nie podlegają, gdyż, jak wspominałem, nie powodują one żadnych zaburzeń w czynności żołądka. Jedynie towarzyszące im schorzenia, z którymi chory się zgłasza (jak w naszym wypadku z owrzodzeniem), nadają się do kuracji.

4. Kol. Lebowicz. Przypadek azocicy pozanerkowej.

Chora I. A., lat 46, została skierowana do szpitala w czerwcu ub. r. z powodu bólów w podżebrzu prawym i wymiotów. W styczniu ub. r. usunięto pacjentce guz macicy (*fibromyoma*). Od marca ub. r. narzeka na bóle w okolicy blizny pooperacyjnej. Od miesiąca miewa bóle w prawym podżebrzu. Od 2 tyg. chora ma uporczywe wymioty kwaśne z zawartością pokarmową. Nie gorączkowała. Przed 6-ciu laty przechodziła zapalenie woreczka żółciowego i kilkakrotnie miewała żółtaczkę.

Matka chorej zmarła na raka wątroby.

Przy badaniu stwierdzamy: znaczne wychudzenie; skóra i śluzówki blade. Soor. Ze strony oczu, gruczołów, tarczycy nic godnego uwagi. Płuca i serce: klinicznie i rtg. bez zmian. Parcie tętnicze 130—70. Jama brzuszna: powłoki wiotkie. Żołądek sięga do l. pępkowej, wyraźne pluskanie. Wątroba wystaje na 2 palce z pod łuku żebrowego, twarda, o powierzchni równej. Śledziona niemacalna. Kończyny b. zm. Odruchy zachowane. OB: 30 min. W moczu białka 0,16 $^0/_{00}$, cukier nieobecny. C. wł. 1,023. Uro—gen zwiększony. Osad: od 10 do 20 leuk. w p. w., 1—2 krwinki wyług. w p. w., pojed. wałeczki szkliste w prep. Cukier we krwi 2,07 $^0/_{00}$ gr, po tym 2,66 gr $^0/_{00}$. Zawartość żołądkowa na czczo: kw. solny wolny 0, kwasota ogólna 56, kw. solny związany 12, niedobór 28. Po śniad. próbnym: kw. solny wolny 0, kwasota ogólna 56, kw. solny związany 16, niedobór 27. Kw. mlekowy obecny. W osadzie liczne laseczki kw. tłuszczowych i Boasa. Nieliczne komórki drożdży. Diastazy w moczu 2 jedn. Badanie krwi: mocznika 468 mgr%, ksantoproteiny 75 jedn., chlorków w surowicy 374 mgr%.

Leczenie: insulina (2×dz. po 8 jedn.). *Natrium chloratum* dożylnie. Przepłukiwania żołądka płynem fizjologicznym. Na 6-y dzień pobytu w szpitalu chora zmarła. Sekcji nie dokonano.

Reasumując, mamy do czynienia w danym przyp. z azotemią chloropeniczną wskutek ustawicznych wymiotów, spowodowanych prawdopodobnie zwężeniem odźwiernika przez sprawę nowotworową. Stwierdzona wybitna hiperglikemia przy b. niskim poziomie diastazy (zaledwie 2 jedn.) przemawia za znacznym uszkodzeniem tkanki trzustkowej, prawdopodobnie na tym samym tle nowotworowym. Godna zaznaczenia jest ta okoliczność, że pierwsze spostrzeżenia azotemii chloropenicznej były poczynione właśnie w schorzeniach trzustki.

5. Kol. T u r y n . Przyp. guza trzustki u chorej na cukrzycę.

Przyp. dotyczy chorej, którą ref. obserwował od 2 lat z powodu cukrzycy. Wiek chorej 52 lata. Przy diecie zawierającej 127 g węglowodanów i 20 jedn. insuliny dz. chora była stale odcukrzona i czuła się dobrze. We wrześniu 1935 r. wystąpiło ogólne niedomaganie, do którego wkrótce przyłączył się tępy ból w podżebrzu prawym, promieniującym ku tyłowi. Jednocześnie, mimo tej samej diety i niezmienionej dawki insuliny, narastał cukromocz. 21.X stwierdzono acetonurię, 22.X, już na oddziale szpitalnym, — żółtawe zabarwienie spojówek, wrażliwość powłok brzusznych od VII ż. do poziomu pępka po stronie prawej, nieznaczne napięcie mięśni w tym odcinku; stłumienie od wątroby przekraczało o 3 cm łuk żebrowy prawy. Wątroba b. tkliwa, gładka. Śledziona niepowiększona. Inne narządy b. zm. W ciągu następnych dni żółtaczka nasilała się, wystąpił nieznaczny i przemijający świąd, wymiary wątroby powiększały się stopniowo, a 15.XI sięgała 4 palce niżej łuku żebrowego. Wyczuwało się wtedy elastyczny, gładki guz, wielkości pomarańczy, który kształtem i położeniem odpowiadał powiększonemu woreczkowi żółciowemu i zmieniał położenie, zależnie od ułożenia chorej. Po kilku dniach stwierdzono niebolesny obrzęk kończyn dolnych, a 2 dni później zwiększanie się obwodu brzucha i w ślad za tym płyn wolny w jamie brzusznej. Żółtaczka bardzo intensywna o odcieniu ziemistym. Po okresie zwiększonego cukromoczu połączonego z acetonurią, w przemianie węglowodanowej nastąpiła pozorna poprawa, tak, że w końcu można było zaniechać injekcji insu-

liny, a w diecie podawać same węglowodany. Mimo to i mimo wstrzykiwania roztworu glukozy dożylnie, cukru w moczu nie stwierdzało się więcej. Poziom glikemii wahał się od 144 do 190 mgr%. Równocześnie z tą pozorną poprawą w przebiegu cukrzycy zjawiły się obfite tłuszczowe i odbarwione stolce. W końcu listopada wystąpiły liczne krwawienia do skóry i przewodu pokarmowego, a w moczu dodatni odczyn Millona. Wobec ciężkiego stanu chorą zabrano do domu, gdzie 2.XII zmarła. Sekcji nie dokonano.

Z badań laboratoryjnych ref. zwraca uwagę na stopniowo narastającą bilirubinemię, która 23.XI wyniosła 240 mgr% (Chabrol). Cholesterynemia już 31.X osiągnęła 370 mgr%. Taśma koagulacyjna Weltmanna: 23.X — 8, 31.X — 7, 12.XI — 7, 23.X — 6 — skracała się stopniowo. Krzywa cukru we krwi po wstrzyknięciu dożylnym 60 cm³ 40% roztworu glukozy (24 gramy cukru), badana w odstępach 15-to minutowych: 0—148, po 15 min. 213, po 30 min. 217, po 45 min. 198, po 60 min. 186 mgr%. W moczu w czasie tego badania, cukru nie stwierdzono. Wydłużał się stopniowo czas krwawienia od 30 sek. do 4,5 min., a czas krzepnięcia od 11 do 17 min. (29.XI). Ilość trombocytów nie ulegała większym wahaniom (52—59$^0/_{00}$). Objaw opaskowy pozostawał do końca ujemny.

Opisany obraz chorobowy, w którym na plan pierwszy wysuwa się narastający obrzęk wątroby, powiększony pęcherzyk żółciowy, nasilająca się stale, bardzo intensywna żółtaczka, obrzęki kończyn dolnych, wodobrzusze, wreszcie tłuszczowate stolce — odpowiada zespołowi guza główki trzustki. Wobec braku w wywiadach cierpienia zapalnego dróg żółciowych, jako też zmian marskich w wątrobie, wobec późnego wystąpienia niedomogi zewnątrzwydzielniczej trzustki, ref. rozpoznaje guz nowotworowy trzustki. Brak sekcji nie pozwolił na stwierdzenie, czy nowotwór składał się również z komórek Langerhansa; przeciwko temu przemawia brak hipoglikemii. Ustąpienie cukromoczu nie daje się wytłumaczyć wyłączeniem wątroby z krążenia, ani zaburzeniem przyswajania węglowodanów w jelitach, gdyż wtedy poziom cukru we krwi byłby niski. Ref. nie znajduje wytłumaczenia dla tego zjawiska w analogii z guzami trzustki u osób, które przed tym na cukrzycę nie chorowały. Tam cukromocz jest niestały, przemija w miarę pogarszania

się stanu ogólnego i w miarę ucisku na wnękę wątroby, glikemia opada, obraz przypomina doświadczenie z usuwaniem wątroby. Obrzęk kończyn dolnych, który poprzedził wystąpienie wodobrzusza, nasuwa przypuszczenie ucisku na żyłę próżną dolną, a w związku z tym możnaby przyjąć zastój żylny w nerkach i podniesienie się progu cukrowego. Ref. zastrzega się jednak przed tym luźnym przypuszczeniem.

Notatki terapeutyczne.

S. FRANK. **O leczeniu wrzodów żołądka Larostidiną (Roche).**

Chciałbym wspomnieć o stosowanej ostatnio przeze mnie Larostidinie jako ważnym przyczynku do leczenia wrzodów żołądka i dwunastnicy. Zalecam następujące postępowanie: początkowo — o ile wrzód nie krwawi — 6 injekcyj po jednej dziennie, następnie 6 — co drugi dzień. Zwykle po tych 12 wstrzykiwaniach cel zostaje osiągnięty, bóle ustępują i samopoczucie chorego poprawia się. Poza tym dieta zwykła przeciwwrzodowa.

O leczeniu guzów krwawniczych (hemoroidów) metodą bezkrwawą.

Przy leczeniu guzów krwawniczych stosuję od kilku lat zastrzykiwania „Nodithrominy", która zawiera stężony (35%) rozczyn chininy. Wprowadza się za pomocą wziernika i strzykawki kroplowej 3—4 krople rozczynu pod śluzówkę guza. Zazwyczaj po tym jednym bezbolesnym zabiegu krwawienie ustaje, guzek zaś zanika stopniowo. Po 8—10 dniach zastrzykuję ponownie do następnych guzków.

Wiadomości różne.

Sekcja medycyny wewnętrznej XV Zjazdu Przyrodników i Lekarzy Polskich i XII Zjazd Towarzystwa Internistów Polskich (Lwów, 4—7 lipca 1937).

Z ramienia Komitetu Miejscowego zawiadamiamy, że na podstawie uchwały Zjazdu Internistów Polskich w Łucku tematami głównymi Zjazdu będą:

I. Klinika zaburzeń wegetatywno-dokrewnych z zakresu dziedziny chorób wewnętrznych; fizjologia: ref. Prof. Dr F. Czubalski; farmako-dynamika: ref. Doc. E. Leyko; klinika: ref. Doc. E. Reicher.

II. Klinika trzustki. Fizjologia: ref. Prof. Dr K. Pelczar; klinika: ref. Dr J. W. Grott; leczenie operacyjne: ref. Prof. Dr. A. Jurasz.

W obradach nad tematami głównymi zgłosili również udział radiolodzy i chirurdzy.

Wszelkie zgłoszone wykłady, niezwiązane z tematami programowymi, odbędą się w sekcji głównej i podsekcjach a) medycyny doświadczalnej, b) fizjoterapii i hydrologii lekarskiej.

Komitet uprasza prelegentów o zgłaszanie tytułów wykładów najpóźniej do 1 kwietnia 1937 pod adresem: Dr St. Hornung, Lwów, ul. Pijarów 6. Krótkie streszczenia (20—30 wierszy maszynopisu) należy przesłać pod powyższym adresem najpóźniej do 1 maja 1937. Wykłady niezgłoszone w ten sposób nie będą mogły być umieszczone na porządku dziennym.

Za Komitet Miejscowy:
Przewodniczący: (—) M. Franke.
Sekretarz (—) St. Hornung.

Konkurs na pracę naukową.

Celem uczczenia pamięci Marszałka Polski Józefa Piłsudskiego podpisane organizacje ogłaszają konkurs naukowy na pracę nad rakiem.

Warunki konkursu:

1. W konkursie mogą brać udział obywatele Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Prace winny być oryginalne, dotąd nigdzie nie drukowane, oparte na własnych doświadczeniach i spostrzeżeniach.
3. Tematem pracy mogą być spostrzeżenia kliniczne jak również doświadczalne z zakresu nowotworów złośliwych.
4. Zgłaszane na konkurs prace powinny obok piśmiennictwa obcego uwzględniać odnośne piśmiennictwo rodzime.
5. Prace konkursowe podpisane obranym przez autora godłem powinny być nadesłane w maszynopisie w dwóch egzemplarzach najpóźniej do dnia 12 maja 1937 r. pod adresem — Polski Komitet do Zwalczania Raka — Karowa 21 — gmach Towarzystwa Higienicznego.
6. Do prac należy załączyć zamkniętą kopertę, na zewnątrz zaopatrzoną w godło, wewnątrz zaś zawierającą imię, nazwisko i adres autora.
7. Do oceny prac zostanie powołany Sąd Konkursowy.
8. Ustala się nagrody za przyjęte przez Sąd Konkursowy prace: I — 700, II — 600, III — 300 zł.
9. Prace nagrodzone będą ogłoszone w czasopiśmie Polskiego Komitetu do Zwalczania Raka p. t. „Nowotwory" z zaznaczeniem, że praca ta została nagrodzona na konkursie.
10. Sąd Konkursowy ma prawo przyznać tylko niektóre lub żadnej z ogłoszonych nagród. Pozostałe z tego tytułu fundusze przekazać na następny konkurs.

Instytucje organizujące konkurs:

1. Polski Komitet do Zwalczania Raka. 2. Instytut Radowy im. Skłodowskiej-Curie. 3. Łódzkie Towarzystwo Zwalczania Raka. 4. Wileński Komitet do Zwalczania Raka. 5. Polski Instytut Przeciwrakowy we Lwowie. 6. Łucki Komitet do Zwalczania Raka. 7. Stowarzyszenie Asystentów Uniwersytetu Jagiellońskiego. 8. Stowarzyszenie Asystentów Uniwersytetu Poznańskiego.